

## 医療事故から学ぶ - 徳島県立中央病院における インシデントレポートの取り組みとその活用 -

佐 藤 美智子

徳島県立中央病院看護部

(平成13年9月17日受付)

### はじめに

徳島県立中央病院における医療事故防止の取り組みは看護部内では従来からあったが、平成11年度から病院全体の中の医療事故防止の一環として位置づけられた。平成12年4月に病院長の交替と同時にどんな小さい事でも報告するよう義務づけられた結果平成12年度は看護部では147件の報告があった。報告書を分析した結果では、転倒転落、注射に関する項目が多く、全国の報告書と傾向がよく一致していた。病棟間で差があることも解った。現状分析とその後の取り組み、ヒヤリハットの活用状況を報告する。

### 1. 看護部内の医療事故防止の推進方法

医療事故防止にあたって、①病棟の目標管理の一環として取り組んだ。また、②委員会活動として推進し、③看護部独自の委員会を設立した。さらに連携を図るために④婦長会を活用するとともに、⑤病棟では3名(婦長、主任、医療事故防止委員)の推進メンバーを設けて取り組んだ。

### 2. ヒヤリハット用紙の活用状況

ヒヤリハット用紙(表1)については、いかにその内容を医療事故防止に役立てるかが重要である。そのため①ヒヤリハット用紙を他の職種より記載しやすい様式にした。②病棟ではヒヤリハットを提出してしまえば終わりではなく、どうすれば防げたかを必ず話し合うようにした。③提出されたヒヤリハットの事例はリスクマネー

ジャー委員会で検討し、④看護部内に提出されたヒヤリハットを集計し返却している。以上の検討結果に基づき、⑤医療事故防止の観点からのマニュアルを作成し直した(表2)。

### 3. 看護婦の意識の変化

ヒヤリハットの報告に取り組んできた結果、看護婦1人1人の意識に変化が現れてきた。①ヒヤリハットの事例があった場合記入する事を促す事で、他の人も進んで記入するようになって来た。②同様の事例が繰り返し発生していたが、リスクマネージャー委員会で検討する事により、他人事と思わないようになり、同様の事例が起きる確率が減って来ている。このように、③看護婦の意識は、最初は責任を物や患者側にすり変えていたのが、自分達の問題だと捉え始めた。例えば、「痴呆が進んでいる患者さんが転落した事例」では、原因を「ベッド柵が低い」と捉えることから、「痴呆症が進んでいる患者さんは転落の恐れがある」とあらかじめ注意するようになり、「見回りを頻回にする」、「低いベッドに変更する」、「ベッド柵を必ず上げておく」等の対応をすることが事故の防止につながっている。

### 4. 今後の課題

このようにインシデントレポート制度の導入により着実に医療事故防止対策が講じられるようになってきている。さらに推進して行くためには、①全員が、ヒヤリハットはどんな小さい事でも記入出来るようにする。②書いて出してしまうと知らないと言う気風にならないよう注

表 1

| ヒヤリ・ハット体験報告  |                         |                     |                               |  | 【看護部】   |
|--|-------------------------|---------------------|-------------------------------|--|---|
| 事故発生後，速やかに本報告書をリスクマネージャーに提出して下さい。  |                         |                     |                               |  |   |
| 体験者の経験年数    ① 2年未満    ② 2年～5年    ③ 6年～15年    ④ 16年以上<br>体験した日時    平成    年    月    日    午前・午後    時    分頃    場所：    階<br>体験した状況の多忙度    ① 非常に多忙    ② 多忙    ③ 普通    ④ やや余裕がある    ⑤ 余裕がある<br>患者の性別    年齢    ① 男・女    ② 年齢    才    ③ 病名<br>入院日数    日    月    日 |                         |                     |                               |  |   |
| 出来事の種類   | 領域分類                    | 原因                  | 具体的内容                         | リスクマネージャーの記載欄                            |   |
| 療養上の世話   | 1 誤嚥・誤飲                 | ① 人まちがい             | ① 思いこみ<br>確認不足                | ① 「ヒヤリ・ハット」の内容を具体的にどのような状況、どのような意識の時でしたか | 1. リスクの評価<br>重大性（重，中，軽）<br>緊急性（あり，なし）<br>頻度（多い，中，少ない） |
|  | 2 食事（誤嚥・誤飲を除く）          |                     |                               |  |   |
|  | 3 転倒・転落                 | ② 量まちがい             | ② 経験不足<br>知識不足<br>把握不足<br>不注意 |  | 2. リスクの予測<br>① 可能（大，中，小）<br>② 不可能                     |
|  | 4 熱傷・凍傷                 |                     |                               |  |   |
|  | 5 抑制                    | ③ 回数まちがい            |                               |  |   |
|  | 6 排泄                    |                     |                               |  |   |
|  | 7 院内における怪我（暴力，入浴）       | ④ 内容まちがい            | ② 不可抗力                        |  | 3. システムの改善<br>① 必要性あり（何を）                             |
| 8 与薬（内服，外用）  |                         |                     |                               |  |   |
| 医師の指示に基づく業務  | 9 注射（輸液，筋注，皮下，皮内）       | ⑤ 重複                | ③ 構造上                         | ② 未然に防ぎ得たことがあれば，どうすれば防止出来ましたか            | ② なし<br>③ すでに改善（何を）                                   |
|  | 10 採血                   |                     |                               |  |   |
|  | 11 麻薬                   | ④ 管理<br>伝達ミス<br>その他 |                               |  | 4. 教育，研修<br>① あり（部署内，看護部）<br>② なし                     |
|  | 12 輸血（血液製剤）             |                     |                               |  |   |
|  | 13 チューブの管理（はずれ，閉塞，自己抜去） | ⑥ 上記以外              | ⑤ その他                         |  | 5. 関わった人員<br>① 複数<br>② 単独                             |
|  | 14 器械・医療機器（操作・管理）       |                     |                               |  |   |
|  | 15 処置                   |                     |                               |  |   |
|  | 16 手術の介助                |                     |                               |  |   |
|  | 17 検査（内視鏡，その他）          |                     |                               |  |   |
|  | 18 情報の記録もれ              |                     |                               |  |   |
| 19 医師への連絡  |                         |                     |                               |  |   |
| 20 無断離院・外泊・外出  |                         |                     |                               |  |   |
| その他  | 21 施設構造物                |                     |                               | ③ この体験で得た教訓やアドバイスはありますか                  |   |
|  | 22 患者家族への説明             |                     |                               |  |   |
|  | 23 接遇                   |                     |                               |  |   |
|  | 24 その他                  |                     |                               |  |   |

(注) この報告書を提出したことにより不利益処分を受けることはありません。

徳島県立中央病院

表 2

## 医療事故防止の観点からの注射業務手順

H12 .11 .8

## 1 . 注射の指示受け

- ・指示簿の内容をカードックスや注射伝票に転記した時は、ダブルチェックする。指示簿には、確認した2名の看護婦がサインする。
- ・電話、口頭指示は、月日、時間、内容を記入する。  
後で、医師のサインをもらう。

## 2 . 注射準備

- ・担当看護婦が、1患者1トレイで準備する。
- ・指示簿又は注射伝票と照合し準備する。
- ・患者名、薬品名、用量、単位を復唱し確認する。
- ・ボトルにフルネームを記入し注射伝票を添えておく。

## 3 . 注射の実施

- ・担当看護婦が実施する。
- ・ベットネームとフルネームで声をかけて本人であることを確認する。
- ・輸液ラインの側管から薬液を注入する場合は、ラインを患者側からたどる。

## 4 . その他

- ・滴下数、注入量の確認を行う。
- ・患者に注射を実施する前に輸液時間、輸液本数、持続点滴の場合はその旨等を十分説明する。(早く入った場合の危険性等も合わせて説明する。)
- ・クレメンを点滴筒の下で固定する。(患者の手の届かない位置にしておく。)

意を促して行く。③何が問題なのか？どうすれば防止出来るかを現場で考える習慣をつけることが重要である。さらに、④看護職員の研修を充実することにより、⑤事故防止の観点から作成したマニュアルを厳守する習慣を個人が身につけるようにすること大切である。

## おわりに

インシデントレポート制度として、ヒヤリハット用紙を提出する事が看護婦の意識の変化に繋がった。さらに、

事例を共有する事が大きな医療事故防止に役立っている。どこに事故防止対策のポイントがあるかを把握できるようになった(組織の問題、個人の意識の問題、病棟姿勢の問題等を分析、対策が取れる)。今後は、看護部がヒヤリハットを提出し医療事故防止への取り組みを活発にして行くことで他部門(医師、コメディカル)の意識の变革へとつながるようにすることが必要であろう。医療事故防止、インシデントレポートの活用には、院長の姿勢が強い影響力を持つことから、管理者としての院長の取り組み方が重要である。

*Learning from the medical accident  
-an approach and the use of incident report in Tokushima Prefectural Central Hospital-*

*Michiko Satoh*

*Division of Nursing, Tokushima Prefectural Central Hospital, Tokushima, Japan*

SUMMARY

It reports on the approach of an incident report system in Tokushima Prefectural Central Hospital. The thing to submit the “hiyari-hatto” form as an incident report system caused the change in the consideration of the nurse. In addition, the thing to share the case is useful for big medical accident prevention. It came to be able to understand where the point of the accident prevention measures was such as the problem of the organization, the problem of the consideration of the individual, analyze the problem of the ward posture. It will be necessary to be likely to lead to the revolution of another section’s (doctor and comedical) consideration by the nursing part’s submitting “hiyari-hatto” and making the approach on the medical accident prevention active in the future.

Key words : submitting “hiyari-hatto” form, analysis of incident report, leadership for team medicine